



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

2.173

10 de abril de 2019

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)

Jorge Benetucci (Arg.)

Pablo Bonvehí (Arg.)

María Belén Bouzas (Arg.)

Javier Casellas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Noticias

(Haciendo clic sobre el titular accederá directamente a las mismas)

Argentina

- Vigilancia de brucelosis

América

- Estados Unidos: El actual brote de sarampión se originó en Ucrania

- Estados Unidos: Un brote de infecciones por *Escherichia coli* afectó a 72 personas en cinco estados

- Nicaragua: Los casos confirmados de dengue crecen 87% en lo que va del año

- Paraguay: Ascienden a 1.675 los casos de dengue

- Uruguay registró dos casos de sarampión

El mundo

- Filipinas: La rabia sigue siendo un problema de salud recurrente

- Mozambique: La campaña de vacunación contra el cólera llega a 745.000 personas

- Nigeria: Situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica de Lassa

- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

- Yemen: La amenaza de un nuevo brote de cólera, que podría ser peor que los anteriores

- El hongo emergente *Candida auris* causa enfermedades graves en pacientes hospitalizados

Opinión

- "En la era de la globalización, vacunarse es un acto solidario, sin discusión"

La mortal epidemia de cáncer de cuello de útero en Haití (Sexta parte)

- "Nadie debe morir de esta enfermedad"

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/



Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.sadi.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/



Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de brucelosis

15 de marzo de 2019 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

Provincia/Región	2018		2019	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	2	—	—
Buenos Aires	34	14	9	1
Córdoba	—	—	1	—
Entre Ríos	8	2	4	1
Santa Fe	10	1	2	1
Centro	54	19	16	3
Mendoza	1	—	1	—
San Juan	2	—	2	—
San Luis	1	—	—	—
Cuyo	4	—	3	—
Chaco	4	2	1	—
Formosa	1	—	—	—
NEA	5	2	1	—
Catamarca	2	1	4	—
La Rioja	1	—	—	—
Salta	2	1	9	—
Santiago del Estero	1	—	—	—
NOA	6	2	13	—
La Pampa	8	2	1	—
Tierra del Fuego	2	—	—	—
Sur	10	2	1	—
Total Argentina	79	25	34	3

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2018/2019, hasta semana epidemiológica 8. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.¹

The New York Times Estados Unidos: El actual brote de sarampión se originó en Ucrania

7 de abril de 2019 – Fuente: The New York Times (Estados Unidos)

El brote de sarampión que provocó un estado de emergencia en el condado de Rockland, en el estado de New York, tuvo un origen muy remoto: un peregrinaje jasídico anual de Israel a Ucrania.

Esta situación es emblemática de una serie de brotes virulentos y, algunas veces, vinculados –en lugares tan diversos como Indonesia, Filipinas, Madagascar y Venezuela– que han perturbado a los funcionarios de salud a nivel mundial, pues revelan las deficiencias persistentes en los esfuerzos mundiales de vacunación y amenazan con opacar el que había sido un logro insigne de salud pública.

En 2001, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) le declaró la guerra al sarampión. Con ayuda del gobierno federal, la Cruz Roja estadounidense y donantes importantes como Ted Turner y Bill y Melinda Gates, la ONU dio inicio a la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión y la Rubéola y creó la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI).

En conjunto, invirtieron miles de millones de dólares en comprar vacunas y ayudar a los países a aplicarlas con seguridad, lo cual implicó la construcción de centros con refrigeradores de almacenamiento, el suministro de agujas limpias y la capacitación de vacunadores, además de superar otros obstáculos logísticos que son comunes en los países pobres.

Los funcionarios de salud pública de todo el mundo dieron seguimiento a los resultados, supervisando los casos y rastreando los brotes. Las noticias eran prometedoras: los casos de sarampión disminuyeron en todo el mundo casi 80% entre el año 2000 y 2016, y la tasa de mortalidad –principalmente entre niños menores de 5 años– cayó de alrededor de 550.000 a cerca de 90.000 decesos al año.

No obstante, hace dos años, los casos de sarampión volvieron a subir de manera inesperada, puesto que aumentaron 30% en un solo año. El virus volvió a invadir países donde casi había desaparecido.



¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados. Se listan solamente las provincias que han notificado casos.

El factor más importante de este aumento, según funcionarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue la pobreza: los sistemas médicos en muchos países continúan siendo demasiado débiles para vacunar a suficientes niños cada año y mantener a raya al virus.

A fin de evitar la diseminación de los casos importados, alrededor de 95% de los ciudadanos de un país debe ser inmune, ya sea mediante la vacuna o porque padecieron la enfermedad en la infancia. Con la llegada de nuevos bebés, se crean nuevos grupos de posibles víctimas, salvo que la vacunación continúe.

Factores

Los activistas antivacunas, los rumores falsos y los errores graves de algunas empresas farmacéuticas que fabrican vacunas han contribuido en conjunto al rebrote mundial. El transporte aéreo ha promovido la diseminación del virus, como se ha visto también en el caso de virus como el del síndrome respiratorio de Medio Oriente y el Zika.

Lo mismo ha sucedido con las "redes de la diáspora", comentó Heidi J. Larson, directora del Proyecto de fomento de la confianza en las vacunas de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, entendidas como un conjunto de personas vinculadas por la cultura en todo el mundo, que comparten creencias y, en ocasiones, patógenos.

El brote de sarampión en Israel comenzó en marzo de 2018, aparentemente, en la pequeña comunidad ortodoxa de Safed, al norte del país, comentó Patrick M. O'Connor, quien encabeza el equipo de control rápido de enfermedades de la oficina europea de la OMS, a cargo de Israel.

La resistencia a las vacunas no motivó este brote. Los rabinos judíos ortodoxos "no tienen problemas con las vacunas, que se consideran un producto que salva vidas", comentó O'Connor. Además, el ministro de Salud de Israel, Yaakov Litzman, es un rabino ortodoxo que creció en Brooklyn y su ministerio provee vacunas de manera gratuita.

"No obstante, hay una desconexión entre el sistema de salud israelí y la población a la que se supone que da servicio", agregó O'Connor.

Las clínicas que ofrecen vacunas por lo general no estaban abiertas en los días más adecuados o eran incapaces de atender a grupos numerosos. Las familias judías ortodoxas están integradas por hasta doce niños y puede ser difícil asegurarse de que a todos se les apliquen las dos dosis de la vacuna contra el sarampión a tiempo.

A fin de cumplir con la programación del Ministerio de Salud de Israel, es necesario que un niño acuda a nueve citas médicas antes de cumplir 6 años para que cuente con todas las vacunas contra catorce enfermedades. Los niños reciben la vacuna contra el sarampión cuando tienen entre 1 y 6 años.

Los índices de vacunación entre la comunidad ortodoxa en Israel rondaban el 80%, mejor que en muchos otros países, pero no lo suficiente para detener el sarampión. Otro factor que contribuyó es que se lleva a los niños a las bodas o reuniones ortodoxas incluso si están enfermos.

Al principio, el virus avanzó lentamente entre las comunidades ortodoxas de Jerusalén y Tel Aviv. Luego, en septiembre, comentó O'Connor, surgió un brote importante en Ucrania que superó el modesto brote de Israel y, probablemente, condujo de manera indirecta a los brotes en el Reino Unido y Estados Unidos.

La conexión ucraniana

Ucrania está pasando por un brote de sarampión que comenzó en 2017. En el país ha habido casi 70.000 casos, más que en ningún otro país en años recientes.

Las infecciones no se han limitado a un grupo étnico en específico. Esta nación está en guerra con separatistas prorrusos en su frontera oriental, la desconfianza en el gobierno es alta y abundan los rumores contra las vacunas, uno de los cuales comenzó cuando un adolescente de 17 años murió por causas no relacionadas tras vacunarse.

Además, el gobierno ucraniano rechazó las vacunas indias y coreanas más baratas por preferir las europeas, que están fuera de su presupuesto, explicó Larson.

Sin embargo, se cree que el verdadero problema comenzó durante la celebración del Rosh Hashaná, el Año Nuevo judío. Cada año durante esta festividad, decenas de miles de judíos ortodoxos viajan a Uman, una ciudad ucraniana donde la tumba del rabino Najman de Breslav, fundador de una rama del jasidismo, se ha convertido en un sitio popular de peregrinaje.

El año pasado, el Año Nuevo judío se celebró a principios de septiembre. A finales de ese mes, se dispararon los casos de sarampión en Israel, que en su punto más álgido sumaron 949 en octubre. ¿El motivo? La gran cantidad de peregrinos que regresaron de Ucrania con el virus, según creen los expertos.

El brote de New York comenzó en octubre; el primer paciente fue un menor en la sección de Bensonhurst de Brooklyn que había visitado Israel. Al mismo tiempo, se dio otro brote de esta misma enfermedad entre la comunidad judía ortodoxa de Londres.

El gobierno israelí respondió de inmediato, reclutó a judíos ortodoxos para que formaran parte de sus grupos de asesoría de vacunación y envió clínicas móviles a los vecindarios de esta comunidad. "La cobertura mejoró enormemente y las cifras están disminuyendo", afirmó O'Connor.

Los judíos ortodoxos del Reino Unido y Estados Unidos también tienen familias numerosas y quizá batallan para vacunar a todos sus integrantes. No obstante, el escepticismo en las vacunas es más común en Estados Unidos que en Israel y mucho más común en el Reino Unido.

Fake news

El rumor falso de que las vacunas del sarampión ocasionan autismo fue propagado en 1998 por Andrew Wakefield, un médico británico al cual posteriormente se le revocó su licencia para practicar medicina.

Muchos brotes de sarampión están entrecruzando el mundo. Siguen patrones similares pero tienen detonadores únicos y suponen retos particulares para la salud pública.

En muchos países se están presentando brotes más grandes que el de Israel. En Madagascar, ha habido 66.000 casos de sarampión, con más de 900 muertes. En India hubo 63.000 casos; en Pakistán, 31.000; en Yemen, 12.000; en Brasil, 10.000 y en Venezuela, 5.700.

La mayoría de estos países tienen tasas de vacunación crónicamente bajas, pero en algunos de ellos la situación se ha agravado debido a un conjunto irreplicable de desafíos. Yemen se encuentra inmerso en una guerra civil. El sistema médico de Venezuela no funciona; parte del brote de Brasil se debe a refugiados venezolanos.

Madagascar es una de las naciones más pobres del mundo. Se trata de una isla con un alto índice de nacimientos que no había tenido un brote de sarampión desde 2003, de tal modo que tuvo un amplio grupo de niños y adolescentes susceptibles de contraer la enfermedad y muchos de estos niños padecen una malnutrición peligrosa.

En los países ricos, el sarampión cobra la vida de una de cada mil víctimas, pero cuando los niños están malnutridos, y no tienen acceso a atención médica para complicaciones como la neumonía o la encefalitis, el sarampión puede matar a uno de cada diez menores, y a veces muchos más en los campos de refugiados, comentó Katrina Kretsinger, una médica de la OMS.

Desde 2000, cuando Estados Unidos acabó con el sarampión en el país, todos los casos provenían del extranjero. A principios de la década de 2000, la mayoría de los casos llegaron de Japón, donde el gobierno había hecho voluntaria la vacuna después de que se culpó a una vacuna fabricada en el país de casos de meningitis.

En 2011, turistas estadounidenses trajeron consigo trece casos de un brote importante en Francia. Un brote en North Carolina en 2013 se originó en India.

Más recientemente, una prolongada epidemia en Filipinas ocasionó un brote en las comunidades amish de Ohio en 2014, que comenzó con un misionero que regresó a la región y el infame "brote de Disneyland" de 2015, que hizo que las leyes relativas a las vacunas en California fueran más estrictas.

Desde hace mucho tiempo, Filipinas ha tenido problemas para vacunar a sus ciudadanos, comentó Katherine O'Brien, directora de Inmunización de la OMS.

Este país tiene una población de cien millones de habitantes repartidos entre más de 2.000 islas. Su sistema de servicio médico está descentralizado, en algunos lugares no sirve y da un mal seguimiento a los registros médicos de los niños. En algunas islas hay conflictos armados.

Alerta

Los riesgos de un brote se agravaron en 2017, cuando el lanzamiento de la primera vacuna prometedor contra el dengue del mundo tuvo resultados tremendamente contraproducentes.

La vacuna, Dengvaxia®, fue retirada luego de que se dio a conocer evidencia de que tenía la misma desventaja siniestra que el virus Dengue: al parecer, la vacuna provocaba que una segunda infección fuera más mortífera.

Los filipinos molestos se rebelaron contra todas las vacunas; los índices de vacunación cayeron 60%, según el Ministerio de Salud del país.

Algo similar ocurrió en el mismo lugar a principios de la década de 1990, comentó Larson, directora del Proyecto de fomento de la confianza en las vacunas.

Un grupo católico conservador se enteró de que un nuevo anticonceptivo inyectable incluía una proteína que se usaba en la vacuna contra el tétanos. El grupo, que malinterpretó la ciencia, diseminó la alarma de que, de manera subrepticia, la vacuna contra el tétanos se usaba para el control natal.

El alcalde de Maynila prohibió la vacuna y el rumor se expandió a lo largo de las redes católicas antiaborto hasta lugares tan remotos como África Oriental y Suramérica. Finalmente, la OMS tuvo que solicitar la intervención del Vaticano, a fin de que declarara que la vacuna era inocua.

Polonia es el siguiente país que está al borde de una epidemia que podría diseminarse a Estados Unidos, según los pronósticos de Larson.

Fue el país que clasificó en el último lugar de la Unión Europea en la más reciente "encuesta de confianza en las vacunas", que lleva a cabo su organismo. A los participantes se les pregunta, por ejemplo, si consideran que las vacunas son seguras, efectivas y compatibles con sus creencias religiosas.

En Polonia hay un conocido movimiento antivacunas llamado "Stop Nop" y los índices de inmunización de este país han disminuido de manera constante desde 2010. Además, observó Larson, en Polonia hay muchos refugiados ucranianos y cualquiera de ellos podría llevar el virus a ese país.

Los polacos en Escocia ya están retomando las actitudes de su país natal, comentó Larson. "No me sorprendería si el sentimiento negativo y la consecuente negativa a vacunarse se propagara entre las comunidades polacas de Estados Unidos".



Estados Unidos: Un brote de infecciones por *Escherichia coli* afectó a 72 personas en cinco estados

5 de abril de 2019 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), varios estados, el Servicio de Inspección y Seguridad Alimentaria del Departamento de Agricultura de Estados Unidos y la Administración de Ali-

mentos y Medicamentos (FDA) están investigando un brote multiestatal de infecciones por *Escherichia coli* O103 productora de toxina Shiga.

La secuenciación del genoma completo de muestras recolectadas en las personas enfermas en este brote demostró que están estrechamente relacionadas genéticamente. Esto significa que es muy posible que las personas enfermas compartan una fuente común de infección.

Desde el 4 de abril de 2019, 72 personas infectadas por *E. coli* O103 han sido reportadas en cinco estados: Kentucky (36 casos), Tennessee (21), Georgia (8), Ohio (5) y Virginia (2). Los CDC informaron que se ha confirmado que los 72 casos forman parte de este brote, pero los estados están investigando casos adicionales que también podrían ser incluidos.

Los casos se produjeron entre el 2 y el 29 de marzo de 2019. Las personas enfermas tienen edades comprendidas entre 1 y 74 años, con una edad promedio de 17 años. El 55% son mujeres. De las 47 personas con información disponible, 8 (17%) fueron hospitalizadas. No se han reportado muertes ni casos de síndrome urémico hemolítico.

Esta investigación aún está en curso y no se ha identificado una fuente de las infecciones, ya sea un producto alimenticio específico, una tienda de comestibles o una cadena de restaurantes. Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a las personas enfermas para determinar qué consumieron y otras exposiciones en la semana previa al inicio de la enfermedad.

EL NUEVO DIARIO

Nicaragua: Los casos confirmados de dengue crecen 87% en lo que va del año

7 de abril de 2019 – Fuente: El Nuevo Diario (Nicaragua)

El último informe epidemiológico del Ministerio de Salud de Nicaragua revela un incremento de 89,81% en los casos confirmados de dengue con respecto al año anterior, situación que coincide con la alerta que mantiene la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ante posibles brotes de dengue en América Latina y el Caribe.

El Ministerio de Salud contabilizó un total de 615 casos confirmados en laboratorio, 291 casos más que los 324 confirmados en el mismo periodo de 2018.

Según registros del Ministerio de Salud, en las semanas anteriores se confirmó la muerte de una nicaragüense por esta causa. Las autoridades aseguraron que se trata de una señora de 35 años originaria del municipio de El Cuá, ubicado en el departamento de Jinotega.

En este periodo, se trataron 17.722 casos sospechosos de dengue, observándose un aumento de 68,40% respecto del año anterior, cuando se habían detectado 10.524 casos de personas que presentaban los síntomas.



Los niños menores de 12 años son los más afectados durante los brotes de dengue.

Antecedentes en Nicaragua

Hace tres años Nicaragua registró un incremento alarmante de dengue. Era mayo del año 2016, cuando el Gobierno declaró una "alerta epidemiológica" en el país, pidiendo a la población su colaboración para intentar destruir los criaderos del mosquito propagador de esta enfermedad, mientras el Ministerio de Salud articulaba otros esfuerzos de prevención.

Ese año se registraron 88.463 casos sospechosos de dengue por el serotipo DENV-2, de los cuales 6.616 resultaron positivos, cobrando la vida de 16 nicaragüenses, según datos de las autoridades de salud.

Al siguiente año, es decir, entre enero y diciembre de 2017, esa curva ascendente de casos de dengue en el país disminuyó considerablemente. En ese periodo se detectaron 64.717 casos sospechosos, de los cuales 2.511 fueron diagnosticados en el laboratorio positivamente.

Únicamente dos personas entraron a la lista de fallecidos ese año, de acuerdo a los registros de las autoridades de salud.

Más casos, pero menos muertes

Dos años más tarde, en 2018, Nicaragua se colocó a la cabeza por encima del resto de países de la región centroamericana con una tasa de incidencia más elevada en los casos de dengue, pero no de fallecidos, según registros de la Organización Panamericana de Salud (OPS).

En este periodo, Nicaragua registró un total de 58.746 casos sospechosos por el serotipo DENV-2, pero solo llegó a confirmar en laboratorio a 2.103 personas que llegaron con los síntomas de esta enfermedad.

En cuanto a las muertes por dengue, a pesar de las elevadas cifras en las estadísticas nacionales, Guatemala registró la más alta tasa de fallecidos el año pasado, cuando 18 personas perdieron la vida por esta causa.

A nivel de Centroamérica, El Salvador y Nicaragua estuvieron por detrás de Guatemala con la cifra más elevada de fallecidos por dengue el año pasado, al registrar ocho y seis defunciones, respectivamente.



Las jornadas de fumigación forman parte de la estrategia para tratar de reducir el impacto de los brotes de dengue

Alerta en las Américas

Según la última actualización epidemiológica de la OPS, en los primeros meses de este año se observa un aumento de casos comparado con el mismo período de 2018.

En las primeras seis semanas de 2019 se registraron casi 100.000 casos de dengue, incluidos 632 casos de dengue grave y 28 defunciones en las Américas.

El año pasado, según cifras de la OPS, se registraron 560.586 casos de dengue en las Américas, incluidas 3.535 casos de dengue grave y 336 defunciones.

Observando ese panorama, los países deben "intensificar la vigilancia de la enfermedad", así como las medidas de control de vectores para reducir la población de mosquitos que pueden transmitir, alertó la OPS.



Paraguay: Ascienden a 1.675 los casos de dengue

6 de abril de 2019 – Fuente: EFE

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social informó el 6 de abril que el número de casos de dengue en Paraguay ascendió a 1.675 esta semana, de los que 69,1% se concentran en Alto Paraná.

De acuerdo con el reporte de la cartera sanitaria, en lo que va del año se registraron en el país 6.278 casos sospechosos de arbovirosis, que incluyen los casos de dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya, provocadas por el mosquito *Aedes aegypti*, así como un fallecimiento por dengue en Alto Paraná.

Tras Alto Paraná, los departamentos de Amambay e Itapúa son los que concentran un mayor número de casos de dengue actualmente, con 237 y 119 casos respectivamente.

El Ministerio mantiene vigente en ambos departamentos la alerta epidemiológica, declarada el pasado 29 de marzo.

Además, en Guairá se registraron 45 casos, en Caaguazú 36, en Central 29 y en Caazapá siete, en tanto que en la capital, Asunción, suman ocho casos.

Asimismo, el informe advierte de que persisten brotes activos de dengue en Minga Guazú y Ciudad del Este, (Alto Paraná), así como en Pedro Juan Caballero (Amambay).

Desde el ministerio reiteraron su recomendación a la ciudadanía de que evite viajar a las zonas más afectadas, por el temor de que el número de infectados pueda aumentar durante las vacaciones de Semana Santa.

Además de dengue, Salud Pública informó que en la última semana se produjo un nuevo caso de fiebre chikungunya en el distrito de Pedro Juan Caballero, departamento de Paraguarí, con lo que suman seis afectados en esa región y 11 en todo el país, con cuatro en el Departamento Central y uno en Alto Paraná.

El Ministerio de Salud Pública recomendó mantener un control periódico de los potenciales criaderos de mosquitos, así como el uso de elementos de protección contra las picaduras, como repelentes y mosquiteros.



Vista de una sala de un hospital con pacientes con dengue en Asunción (Paraguay).



Montevideo Uruguay registró dos casos de sarampión

9 de abril de 2019 – Fuente: Montevideo Portal (Uruguay)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay confirmó el segundo caso de sarampión en el país y analiza otros cuatro posibles casos, informó el subsecretario de la cartera, Jorge Washington Quián Rivero.

El funcionario explicó que se trata de una mujer que viajó a Tailandia y aclaró que este caso no está vinculado con el primero.

Según Lucía Alonso, directora de Epidemiología, el MSP esperaba que se presenten nuevas sospechas de casos, ya que se les pidió a los médicos que ante cualquier síntoma asociado con la enfermedad se notifique al ministerio.

"Justamente queremos que ingresen las sospechas", dijo Alonso, confirmando que hay cuatro casos en estudio y que uno de ellos es "altamente probable".

Quián aclaró que se está realizando una vigilancia sobre los contactos conocidos para tratar de bloquear lo antes posible la aparición de nuevos casos.

El MSP está realizando una campaña de inmunización ante la emergencia de brotes en Argentina, Brasil y Chile, para evitar una posible epidemia.

Quián destacó que hasta ahora la respuesta "ha sido extraordinaria". "En enero se aplicaron 10.000 dosis. En febrero, tras el comunicado, se aplicaron 20.000. En marzo 35.000 y en los primeros días de abril otras 20.000", dijo, y aseguró que la epidemia de sarampión en Europa se ha dado, en parte, por los grupos antivacunas "muy poderosos en Europa" y otra, por los fenómenos migratorios, con gran cantidad de personas que llegan de África sin quedar claro si recibieron o no vacunas.



“Pienso que con la respuesta que está teniendo la población no se producirá una epidemia de sarampión, pero no lo puedo asegurar”, expresó Quian.

El primer caso

El ministro de Salud, Jorge Otto Basso Garrido, informó el 5 de abril que el primer caso importado de sarampión diagnosticado en el país desde 1999, se registró en una mujer uruguaya que se trasladó en ferry de Buenos Aires a Montevideo, y que se encuentra en buenas condiciones sanitarias. El primer caso detectado correspondió a un ciudadano extranjero que había llegado a Montevideo el 17 de marzo por vía marítima desde Buenos Aires y que fue diagnosticado luego en la capital argentina.

Ante la alerta emitida por las autoridades argentinas, el Centro de Vigilancia del MSP inició el trabajo para comunicarse con cada uno de los 26 países de origen de las más de 1.000 personas que viajaban en el barco.

“Se identificó a 90 uruguayos de los cuales se logró contactar a 75, a través de un trabajo muy articulado con Migraciones, que permitió, a través de los sistemas informáticos del ministerio, identificar a qué prestador de salud estaban vinculados”, precisó el ministro.

Esas acciones posibilitaron detectar el caso de la mujer uruguaya que había viajado en el barco con síntomas de sarampión. Basso dijo que la paciente no recuerda haber completado las dos dosis contra esa enfermedad y que permanece internada por control.

El mundo

manilastandard

Filipinas: La rabia sigue siendo un problema de salud recurrente

7 de abril de 2019 – Fuente: Manila Standard (Filipinas)

La rabia sigue siendo un problema de salud pública en Filipinas, con una tasa de incidencia que se considera una de las más altas del mundo.

Se informó un total de 1.176 casos de rabia desde el 1 de enero de 2014 hasta el 30 de junio de 2018, la mayoría de los cuales se registraron en Gitnang Luzon (185), Calabarzon (172) y Soccsksargen (110), según datos del Departamento de Salud.

Según Maria Angela Nicole Perreras, infectóloga pediátrica, la rabia es 100% fatal una vez que aparecen los síntomas, por ello la necesidad urgente de recibir tratamiento si alguien ha sido mordido o arañado por un perro callejero o incluso, por un perro o gato mascota.

Perreras citó una serie de factores que contribuyen a los casos elevados de rabia humana en Filipinas: un gran número de personas no vacunan a sus perros o gatos; a los niños no se les enseña cómo comportarse correctamente con un perro o un gato para evitar ser mordidos o arañados; renuencia a buscar profilaxis post exposición a la rabia después de sufrir una mordedura o rasguño por un perro o gato; y no continuar con el número requerido de vacunas post-mordedura.

“La conciencia pública y la educación son claves para prevenir y controlar la incidencia de la rabia. Actualmente, los expertos del Instituto de Investigación de Medicina Tropical en Alabang, Muntinlupa, están trabajando estrechamente con el Departamento de Educación en la realización de conferencias entre maestros y estudiantes de primaria sobre temas como qué acciones rápidas se deben tomar tras la mordedura o arañazo de un perro o un gato”, dijo.

“El simple acto de enjuagar y lavar la herida de manera inmediata y completa durante al menos 15 minutos con agua y jabón podría ya reducir la gravedad de la infección por el virus de la rabia en hasta 40%”, agregó.

europa
press

Mozambique: La campaña de vacunación contra el cólera llega a 745.000 personas

9 de abril de 2019 – Fuente: Europa Press

Alrededor de 745.000 personas se han beneficiado en menos de una semana del plan de inmunización contra el cólera en Mozambique, según anunció la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una respuesta de emergencia al brote de esta enfermedad provocado por el paso del ciclón Idai por el país.

Desde que el ciclón golpeó Mozambique el 14 de marzo, cientos de miles de personas viven en asentamientos temporales sin acceso al agua corriente y en malas condiciones sanitarias. El Ministerio de Salud del país declaró un brote de cólera el 27 de marzo y hasta el 5 de abril ha informado de 2.500 casos y tres muertes.

El 2 de abril llegaron a Beira casi 900.000 dosis de la vacuna oral contra el cólera, en una campaña coordinada por el Ministerio e iniciada por la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), con apoyo de la OMS y otros socios como el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, Médicos Sin Fronteras y Save the Children.

Hasta el momento, la campaña de vacunación oral se ha centrado en la ciudad portuaria de Beira, donde habitan unas 500.000 personas, así como en los campamentos y regiones en las que las autoridades han detectado un mayor riesgo de propagación de la enfermedad.

La OMS ha establecido varios centros de tratamiento, donde los pacientes que reciben atención médica normalmente se recuperan tras unos cuantos días de diarrea. Sin atención adecuada, el cólera puede provocar la muerte.

Más de 1.200 voluntarios están apoyando al Ministerio de Salud en esta campaña de emergencia. Cada equipo está liderado por un trabajador sanitario y tres personas de apoyo para preparar la vacuna, ayudar a los pacientes y marcar los que ya han recibido tratamiento.

Desde el 7 de abril, la escuela primaria del pueblo de Inhamayabwe, cerca de la ciudad de Dondo, es un improvisado centro de vacunación, donde los niños se arremolinan en las aulas ante la novedad que supone la llegada de los equipos de voluntarios.

“Estamos haciendo esta campaña porque el cólera es una gran amenaza a la salud pública”, aseguró Amelia Mateos, que lidera el grupo. “Desde que empezamos a las 7 de la mañana ya hemos vacunado a 1.300 niños en esta escuela”, afirmó.



Nigeria: Situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica de Lassa

31 de marzo de 2019 – Fuente: Nigeria Centre for Disease Control (Nigeria)

En la semana epidemiológica (SE) 13 de 2019, se notificaron 16 nuevos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa en cinco estados: Edo (6), Ondo (4), Bauchi (2), Plateau (2) y Taraba (2), con dos nuevas muertes en los estados de Bauchi y Taraba.

Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019, se ha notificado un total de 2.034 casos sospechosos en 21 estados. De estos, 526 fueron confirmados, 15 son probables y 1.693 resultaron negativos.

Desde el inicio del brote, se han registrado 121 muertes en casos confirmados. El índice de letalidad en casos confirmados es de 23,0%.

Veintiún estados (Adamawa, Bauchi, Benue, Cross River, Ebonyi, Edo, Enugu, Delta, Gombe, Imo, Kaduna, Kebbi, Kogi, Kwara, Nasarawa, Ondo, Oyo, Plateau, Rivers y Taraba) han registrado al menos un caso confirmado en 81 Áreas de Gobierno Local.

En la SE 13, un nuevo trabajador de atención médica se vio afectado por la enfermedad, en el estado de Plateau. Un total de 17 trabajadores de la salud han sido infectados desde el inicio del brote, en siete estados: Edo (7), Ondo (3), Ebonyi (2), Bauchi (1), Benue (1), Enugu (1), Plateau (1) y Rivers (1), con dos muertes en los estados de Enugu y Edo.

Veintinueve pacientes están actualmente bajo tratamiento en varios centros sanitarios del país.

Se ha identificado un total de 6.489 contactos en 20 estados. De estos, 1.443 (22,2%) están actualmente bajo seguimiento, 4.983 (76,8%) han completado los 21 días de seguimiento, mientras que 8 (0,1%) se perdieron durante el seguimiento. Se han identificado 112 (1,7%) contactos sintomáticos, de los cuales 55 (1,0%) han resultado positivos.²



República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

4 de abril de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La semana pasada se registró un marcado aumento en el número de casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo. Durante los últimos 21 días (del 13 de marzo al 2 de abril de 2019), 57 áreas sanitarias dentro de 12 zonas de salud reportaron nuevos casos; 42% de las 135 áreas sanitarias afectadas hasta la fecha (ver Tabla 2). Durante este período, se reportaron un total de 172 casos confirmados, en Katwa (50), Vuhovi (34), Mandima (28), Masereka (18), Beni (13), Butembo (12), Oicha (8), Kayna (3), Lubero (3), Bunia (1), Kalunguta (1) y Musienene (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados continuarán adaptando nuestras estrategias y fortaleciendo los esfuerzos de respuesta para limitar la propagación de la EVE en estas áreas sanitarias.

Hasta el 2 de abril, se había notificado un total de 1.100 casos confirmados y probables, de los cuales 690 fallecieron (tasa de letalidad de 63%). De los 1.100 casos con edad y sexo notificados, 58% (633) eran mujeres y 29% (320) eran menores de 18 años. El número de trabajadores de la salud afectados aumentó a 81 (7% del total de casos), incluidas 27 muertes.

Hasta la fecha, un total de 338 pacientes con EVE que recibieron atención en los Centros de Tratamiento del Ébola (CTE) han sido dados de alta. Como parte de un programa más amplio para brindar atención a los sobrevivientes y desarrollar una capacidad de respuesta local sostenible, esta semana se completó un programa de capacitación y clínica de atención ocular en Beni gracias a los esfuerzos combinados de la OMS, el Ministerio de Salud y un equipo de oftalmólogos de la Universidad Emory y la Universidad de North Carolina. Un total de 252 sobrevivientes fueron

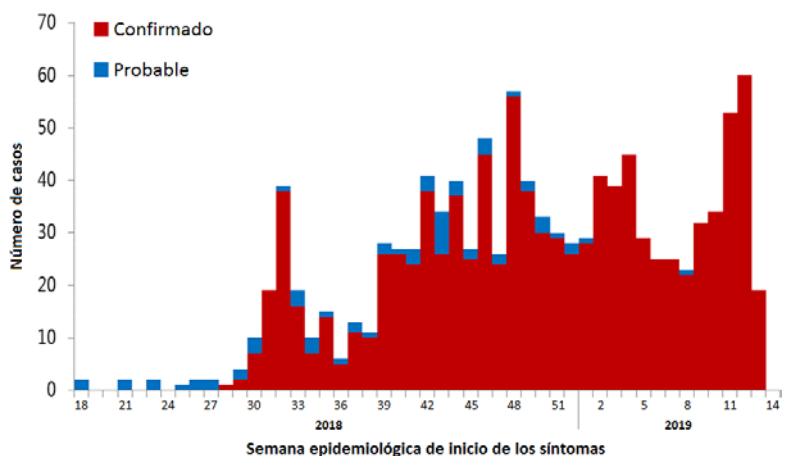


Gráfico 1. Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Años 2018/19, hasta el 2 de abril de 2019. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

² Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

examinados en la clínica ocular y diez oftalmólogos nacionales fueron capacitados para brindar atención oftalmológica de mayor nivel en sus comunidades. Los comentarios de los proveedores nacionales de salud participantes y los sobrevivientes inscritos fueron abrumadoramente positivos. Destacan algunos de los hallazgos clínicos observados en la cohorte actual de sobrevivientes de la EVE.

Del 25 al 26 de marzo, se celebró en Goma una reunión de asociados de Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria, en la que participaron más de 80 representantes de los diferentes asociados que participaron en la respuesta al brote. La discusión se centró en las estrategias de participación que han funcionado en el pasado, lo que está funcionando actualmente en el terreno y lo que se debe mejorar para aprovechar los logros actuales y abordar los desafíos futuros.

El reciente cambio de énfasis en la estrategia de respuesta para promover una mayor participación y apropiación por parte de las comunidades afectadas está comenzando a producir resultados. Si bien la renuencia y la desconfianza de la comunidad siguen presentes en ciertas áreas alrededor de Butembo y Katwa, otras áreas vieron una notable disminución en la resistencia a la presencia de trabajadores de respuesta. Los esfuerzos diligentes para colaborar con los comités de la comunidad a través del diálogo directo resultaron en la reapertura del CTE en Katwa, llevando el número total de instalaciones operativas que brindan atención a seis CTE en Beni, Butembo, Goma, Komanda, Mangina y seis centros de tránsito en Beni, Bunia, Katwa, Kayna, Bwanasura y Oicha.

El aumento en el número de casos de esta semana pone de relieve el entorno difícil en el que se está produciendo el brote, así como la multitud de desafíos en evolución que enfrentan a diario la respuesta al brote. Se debe perseverar en un enfoque holístico que implique la implementación rigurosa de medidas comprobadas para romper las cadenas de transmisión, la búsqueda exhaustiva de contactos, la vacunación continua de contactos de alto riesgo y los esfuerzos persistentes en la participación de la comunidad para reducir la propagación de la EVE en la República Democrática del Congo.

Provincia/Zona Sanitaria	Casos acumulados						Casos reportados del 13/03 al 02/04		
	Áreas sanitarias		Confirmados	Probables	Total	Muertes	Áreas sanit. afectadas	Confirmados	Probables
	Afectadas	Total							
Beni	15	18	240	9	249	132	9	13	—
Biena	3	14	6	—	6	6	—	—	—
Butembo	13	15	100	—	100	92	9	12	—
Kalunguta	11	18	48	13	61	35	1	1	—
Katwa	17	18	308	11	319	218	12	50	—
Kayna	2	18	8	—	8	3	2	3	—
Kyondo	11	22	16	2	18	14	—	—	—
Lubero	2	18	4	—	4	1	2	3	—
Mabalako	8	12	90	16	106	70	—	—	—
Manguredjipa	3	9	5	—	5	4	—	—	—
Masereka	7	16	28	1	29	10	6	18	—
Musienene	5	20	7	1	8	3	1	1	—
Mutwanga	3	19	4	—	4	3	—	—	—
Oicha	10	25	39	—	39	20	3	8	—
Vuhovi	10	12	47	1	48	21	8	34	—
Nord-Kivu	120	254	950	54	1.004	632	53	143	—
Bunia	1	20	1	—	1	1	1	1	—
Komanda	5	15	27	9	36	18	—	—	—
Mandima	6	15	52	3	55	35	3	28	—
Nyakunde	1	12	1	—	1	1	—	—	—
Rwampara	1	11	1	—	1	1	—	—	—
Tchomia	1	12	2	—	2	2	—	—	—
Ituri	15	85	84	12	96	58	4	29	—
Total	135	339	1.034	66	1.100	690	57	172	—

Tabla 2. Casos confirmados y probables de enfermedad por el virus del Ébola, y número de áreas sanitarias afectadas, por zona sanitaria. Provincias de Nord-Kivu e Ituri, República Democrática del Congo. Datos al 2 de abril de 2019. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud sigue fortaleciendo las medidas de respuesta, con el apoyo de la OMS y sus asociados.³

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS monitorea continuamente los cambios en la situación epidemiológica y el contexto del brote para garantizar que el apoyo a la respuesta se adapte a las circunstancias cambiantes. La última evaluación concluyó que los niveles de riesgo nacional y regional siguen siendo muy altos, mientras que los niveles de riesgo globales siguen siendo bajos. Los ataques a los CTE en Katwa y Butembo representaron los primeros ataques a gran escala y organizados dirigidos directamente a la respuesta a la EVE, y fueron de un orden de magnitud diferente a los episodios de desconfianza en las comunidades o los peligros de ser atrapados en el fuego cruzado entre los combates. Además, la persistencia de focos de resistencia y desconfianza comunitaria, agravada por las tensiones políticas y la inseguridad, ha dado lugar a suspensiones temporales recurrentes y demoras en la investigación de casos y actividades de respuesta en las áreas afectadas, reduciendo la efectividad global de las intervenciones. La alta proporción de muertes en la comunidad reportadas entre los casos confirmados, los retrasos persistentes en la detección y el aislamiento en los CTE, los desafíos en la notificación oportuna y la respuesta a los casos probables, aumentan colectivamente

³ Puede obtener información detallada sobre las acciones de respuesta de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados, consultando el último informe de situación publicado por la Oficina Regional de la OMS para África, haciendo clic [aquí](#).

la probabilidad de nuevas cadenas de transmisión en las comunidades afectadas y un mayor riesgo de propagación geográfica dentro de la República Democrática del Congo y hacia países vecinos, al igual que el riesgo de mayor movimiento de población previsto durante los períodos de mayor inseguridad.

Asesoramiento de la OMS

Tráfico internacional: La OMS continúa desaconsejando cualquier restricción a los viajes o el comercio con la República Democrática del Congo, con base en la información actualmente disponible. No existe una vacuna con licencia para proteger a las personas contra el virus del Ébola. Por lo tanto, cualquier requisito para los certificados de vacunación contra el Ébola no es una base razonable para restringir el movimiento a través de las fronteras o la emisión de visas para pasajeros que salen de la República Democrática del Congo. La OMS sigue supervisando de cerca y, si es necesario, verificando las medidas comerciales y de viaje relacionadas con este evento. Actualmente, ningún país ha implementado medidas de viaje que interfieran significativamente con el tráfico internacional hacia y desde la República Democrática del Congo. Los viajeros deben consultar a un médico antes de viajar y deben practicar una buena higiene.

Vice News Yemen: La amenaza de un nuevo brote de cólera, que podría ser peor que los anteriores

6 de abril de 2019 – Fuente: Vice News

Yemen está enfrentando su tercer brote de cólera en cuatro años, según la Organización de Naciones Unidas (ONU), al elevarse el número de casos sospechosos en marzo al doble de lo observado en los meses anteriores.

El reciente aumento invita a realizar una primera comparación con el brote de 2017, cuando se informaron más de un millón de casos sospechosos de cólera. Y la situación podría empeorar, advirtieron los médicos y los funcionarios de ayuda, señalando un sistema de atención médica en ruinas después de años de guerra y bloqueos paralizantes.

Con gran parte de la infraestructura básica del país colapsada, incluido su sistema de alcantarillado, existe una preocupación particular de que esta enfermedad transmitida por el agua se extienda rápidamente una vez que llegue la temporada de lluvias.

“El aumento de casos es preocupante, ya que la temporada de lluvias –que podría agravar la situación general– aún no ha comenzado”, dijo Hassan Boucenine, jefe de la misión de Médicos Sin Fronteras en Yemen.

Las estadísticas para 2019 ya eran sombrías: se reportaron 39.000 casos en enero y 32.000 en febrero.

Pero los números aumentaron en marzo, con 76.152 nuevos casos sospechosos y 195 muertes relacionadas. De acuerdo con Save the Children, unos 40.000 de ellos se registraron entre el 13 y el 26 de marzo, lo que representa un aumento de 150% en comparación con el mismo período de febrero.

Según Save the Children, más de un tercio de esos 40.000 eran menores de 15 años. La organización advirtió que los niños están especialmente en riesgo en la situación actual.

“El conflicto también ha provocado altas tasas de malnutrición, lo que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades. Los niños malnutridos tienen un sistema inmunológico comprometido y son aún más susceptibles de contraer cólera y morir a causa de él”, dijo Emily Clifton, directora asociada de respuesta humanitaria en Save the Children.

El brote se concentra en seis gobernaciones, incluida la del puerto de Al-Hudayda en el Mar Rojo y la gobernación de Ibb, según Save the Children.

“Estamos haciendo todo lo posible para evitar el escenario de 2017”, dijeron funcionarios del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un comunicado la semana pasada, pero advirtieron que “la intensificación de la lucha y las restricciones de acceso representan un desafío a la respuesta de emergencia”.

“La OMS y el UNICEF están trabajando con socios locales para contener y prevenir rápidamente una mayor propagación de la enfermedad, centrada en 147 distritos prioritarios”, dijo la OMS en un comunicado.

El país aún se encuentra en medio de la peor crisis humanitaria de la historia. Diez millones de yemeníes están al borde de la inanición, mientras que aproximadamente 80% del país todavía requiere algún tipo de ayuda humanitaria o de protección. Mientras tanto, las instalaciones de salud de Yemen están bajo gran tensión y muchas personas no pueden acceder a la atención médica básica. Apenas la mitad de las 3.500 instalaciones médicas del país están en pleno funcionamiento, según la ONU.

“Muchos hospitales han sido dañados por ataques aéreos terrestres”, dijo Save the Children. “Se necesita trabajar con urgencia para restablecer el sistema de salud a un estado funcional o se corre el riesgo de perder más vidas a causa de enfermedades prevenibles”.

The New York Times El hongo emergente *Candida auris* causa enfermedades graves en pacientes hospitalizados

7 de abril de 2019 – Fuente: The New York Times (Estados Unidos)

En mayo pasado un anciano fue ingresado en la sucursal de Brooklyn del Hospital Monte Sinaí para una cirugía abdominal. Un análisis de sangre reveló que estaba infectado con un germen recién descubierto tan mortal como misterioso. Los médicos lo aislaron rápidamente en la unidad de cuidados intensivos.

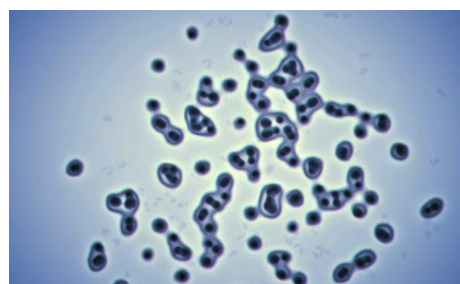
El germen, el hongo *Candida auris*, se alimenta de personas con sistemas inmunitarios debilitados y se propaga silenciosamente por todo el mundo. En los últimos cinco años, ha golpeado una unidad neonatal en Venezuela, ha pasado por un hospital en España, ha obligado a un prestigioso centro médico británico a cerrar su unidad de cuidados intensivos y ha echado raíces en India, Pakistán y Sudáfrica.

Recientemente, *C. auris* llegó a New York, New Jersey e Illinois, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) lo agregaron a una lista de gérmenes considerados como "amenazas urgentes".

El hombre en el Monte Sinaí murió después de 90 días en el hospital, pero *C. auris* no lo hizo. Las pruebas mostraron que este hongo estaba en todas partes de su habitación, tan invasiva que el hospital necesitaba equipos de limpieza especiales y tuvo que arrancar algunos de los techos y baldosas para erradicarlo.

"Todo fue positivo: las paredes, la cama, las puertas, las cortinas, los teléfonos, el fregadero, la pizarra, los postes, la bomba", dijo el Dr. Scott Lorin, presidente del hospital. "El colchón, los rieles de la cama, los orificios de los recipientes, las persianas, el techo, todo en la habitación fue positivo".

C. auris es tan tenaz, en parte, porque es impermeable a los principales medicamentos antimicóticos, por lo que es un nuevo ejemplo de una de las amenazas para la salud más difíciles del mundo: el aumento de las infecciones resistentes a los medicamentos.



Durante décadas, los expertos en salud pública han advertido que el uso excesivo de antibióticos estaba reduciendo la efectividad de los medicamentos que han prolongado la vida útil al curar infecciones bacterianas que alguna vez suelen ser fatales. Pero últimamente, también ha habido una explosión de hongos resistentes, agregando una dimensión nueva y aterradora a un fenómeno que está socavando un pilar de la medicina moderna.

"Es un problema enorme", dijo Matthew Fisher, profesor de epidemiología de hongos en el Imperial College de Londres, quien fue coautor de una reciente revisión científica sobre el aumento de hongos resistentes. "Dependemos de ser capaces de tratar a esos pacientes con antifúngicos".

En pocas palabras, los hongos, al igual que las bacterias, están desarrollando defensas para sobrevivir a las medicinas modernas.

Sin embargo, incluso cuando los líderes mundiales de la salud han pedido más moderación en la prescripción de medicamentos antimicrobianos para combatir las bacterias y los hongos, se convocó a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2016 para gestionar una crisis emergente: el uso excesivo de ellos en hospitales, clínicas y la agricultura ha continuado.

Los gérmenes resistentes a menudo se llaman "superbacterias", pero esto es simplista porque generalmente no matan a todos. En cambio, son más letales para las personas con sistemas inmaduros o sistemas inmunes comprometidos, incluidos los recién nacidos y los ancianos, los fumadores, los diabéticos y las personas con trastornos autoinmunes que toman esteroides y suprimen las defensas del cuerpo.

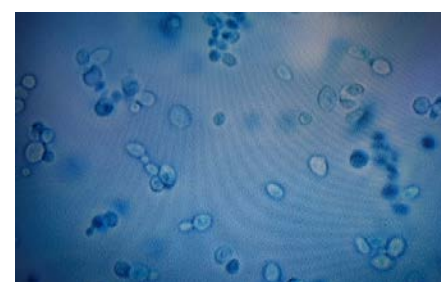
Los científicos dicen que a menos que se desarrollen nuevos medicamentos más efectivos y que se reduzca drásticamente el uso innecesario de medicamentos antimicrobianos, el riesgo se extenderá a poblaciones más saludables. Un estudio del gobierno británico financió proyectos que, si no se implementan políticas para frenar el aumento de la resistencia a los medicamentos, 10 millones de personas podrían morir en el mundo por todas estas infecciones en 2050, eclipsando a los ocho millones que se espera que mueran de cáncer ese año.

En Estados Unidos, dos millones de personas contraen infecciones resistentes anualmente, y 23.000 mueren a causa de ellas, según estiman los CDC. Ese número se basó en las cifras de 2010; estimaciones más recientes de investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington estimaron la cifra de muertos en 162.000. Las muertes en todo el mundo por infecciones resistentes se estiman en 700.000.

Tanto los antibióticos como los antifúngicos son esenciales para combatir las infecciones en las personas, pero los antibióticos también se usan ampliamente para prevenir enfermedades en los animales de granja, y los antimicóticos también se aplican para evitar que las plantas agrícolas se pudran. Algunos científicos citan evidencia de que el uso rampante de fungicidas en cultivos está contribuyendo al aumento de hongos resistentes a los medicamentos que infectan a los humanos.

Sin embargo, a medida que el problema crece, el público lo entiende poco, en parte porque la existencia misma de infecciones resistentes a menudo está oculta en secreto.

Con bacterias y hongos por igual, los hospitales y los gobiernos locales se muestran reacios a divulgar los brotes por temor a ser vistos como centros de infección. Incluso los CDC, en virtud de su acuerdo con los estados, no está autorizado a hacer pública la ubicación o el nombre de los hospitales involucrados en brotes. En muchos casos, los gobiernos estatales se han negado a compartir información públicamente más allá de reconocer que han tenido casos.



Al mismo tiempo, los gérmenes se propagan fácilmente: se llevan en las manos y el equipo dentro de los hospitales; transportado en carne y hortalizas fertilizadas con estiércol de las granjas; transportados a través de las fronteras por los viajeros y en las exportaciones e importaciones; y transferidos por pacientes desde el hogar de ancianos al hospital y de regreso.

C. auris, que infectó al hombre en el Monte Sinaí, es una de las docenas de bacterias y hongos peligrosos que han desarrollado resistencia. Sin embargo, como la mayoría de ellos, es una amenaza que es prácticamente desconocida para el público.

Otras cepas prominentes del hongo *Candida*, una de las causas más comunes de infecciones del torrente sanguíneo en los hospitales, no han desarrollado una resistencia significativa a los medicamentos, pero más de 90% de las infecciones por *C. auris* son resistentes a al menos un fármaco, y 30% son resistente a dos o más medicamentos.

La Dra. Lynn Sosa, epidemióloga estatal adjunta de Connecticut, dijo que ahora ve a *C. auris* como la amenaza "principal" entre las infecciones resistentes. "Es bastante imbatible y difícil de identificar", dijo.

Casi la mitad de los pacientes que contraen *C. auris* mueren dentro de los 90 días, según los CDC. Sin embargo, los expertos del mundo no han determinado de dónde viene en primer lugar.

"Es como la criatura de la Laguna Negra", dijo el Dr. Tom Chiller, quien encabeza la rama de enfermedades micóticas en los CDC, que encabeza un esfuerzo de detección global para encontrar tratamientos y detener la propagación. "Emergió, y ahora está en todas partes".

Opinión

CONICET "En la era de la globalización, vacunarse es un acto solidario, sin discusión"



4 de abril de 2019 – Fuente: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina)

Después del agua potable, el beneficio de la vacunación es lo que más ha logrado disminuir la mortandad en el mundo, según registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde que se utilizó por primera vez, en el siglo XVIII (Edward Jenner 1749-1823) contra una enfermedad devastadora llamada viruela, todos los años gracias a la vacunación se salvan entre 2 y 3 millones de vidas.

"En Argentina, la detección del último caso de sarampión autóctono en el año 2000 y la disminución de las muertes de bebés por tos convulsa en los últimos años, constituyen ejemplos contundentes." La Dra. Daniela Hozbor, Investigadora Principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) trabaja en el área de la Vacunología en el Instituto de Biotecnología y Biología Molecular (IBBM). Es, además, profesora titular en la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de la Plata (UNLP). "La inmunización a través de las vacunas es una de las intervenciones de salud más exitosas y una de las maneras más efectivas de salvar vidas y prevenir enfermedades. Desde la primera vacuna hace 200 años, junto con los desarrollos posteriores y el lanzamiento mundial del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en 1974, se han prevenido millones de muertes y discapacidades".



Como programa de inmunización regional, el PAI fue responsable de la reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe en los últimos años. Se fijaron metas en relación al control de seis enfermedades prioritarias: las formas severas de tuberculosis, la poliomielitis, la difteria, la tos convulsa, el tétanos y el sarampión. Los logros son atribuibles a la vacunación, y permitieron en base a los resultados, poder fijar nuevas metas ampliadas que apuntaron a eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. La OMS, integrada por 196 países, coordina el Reglamento Sanitario Internacional el cual permite evaluar, detectar y notificar asuntos de salud pública a nivel internacional unificando criterios de medidas a adoptar en aeropuertos, puertos, y pasos fronterizos terrestres para delimitar la propagación de riesgos sanitarios.

El impacto de no usar a las vacunas es fácil de visualizar. "Podemos considerar el caso relativamente reciente en el estado de Indiana, Estados Unidos, en 2005, una niña que no estaba vacunada, regresa de un viaje infectada de sarampión, provocando el contagio de otros niños que no habían sido vacunados, ya que sus padres creían que la vacuna era peligrosa para sus hijos. El sarampión, se había llegado a considerar patología eliminada en la región de las Américas, pero en cuanto se baja la cobertura de vacunación, vuelve a introducirse", explicó la investigadora, mencionando también el caso de un país de Europa, Italia, donde "en sólo un año, 2017, el número de casos de sarampión aumentó a 5.600, cuando el año anterior se habían registrado 843 casos. Italia tuvo la tercera tasa de sarampión per cápita más alta de Europa después de Rumania y Grecia, que son países con menos recursos". Si bien se trata de un país que introdujo la vacuna del sarampión en el año 1976 y que fue aumentando constantemente su cobertura hasta 90% en 2003, en 1999 alivió la obligación en vacunación porque, paradójicamente, "se había creído erróneamente que se había arraigado la confianza en la ciencia y las vacunas" advirtió Hozbor.

"Los efectos benéficos de las vacunas, sin embargo, se pueden observar solo si un muy alto porcentaje (más de 90%) de la población en riesgo –y/o la fuente de contagio de los más vulnerables– está vacunado. Una vacuna no sólo protege al individuo sino también a la comunidad, ya que al no enfermarse el individuo, la posibilidad de transmisión de la enfermedad desaparece. Protegerse para protegernos. Es por ello que vacunarse es un acto solidario so-

bre el que no debe haber discusión". En ese contexto, añadió que "es fácil comprender que los beneficios de la vacunación se logran al alcanzar y mantener las coberturas altas de vacunación. La inversión en vacunas por parte de los estados representa una de las estrategias costo-efectivo más clara. Es por ello que las vacunas son gratuitas y obligatorias".

Lo cierto es que el carácter "obligatorio" del Calendario Nacional de Vacunación apunta al interés general y al impacto sobre el colectivo, no sólo el individuo. "Obviamente que, para alcanzar coberturas altas de vacunación, se debe contar con campañas de divulgación de información basada en evidencia permanentes, facilidad de acceso y disponibilidad de vacunas", enfatizó Hozbor, y explicó que "el regreso de la circulación del virus endémico del sarampión, registrado en los últimos dos años en la región de las Américas, así como los brotes actuales, son una muestra de que existen brechas en la cobertura de vacunación en donde los movimientos anti-vacunas llevan parte de la responsabilidad. Estas brechas se deben cerrar de forma urgente; con difusión de información contrastable, campañas activas y leyes de vacunación se puede hacer frente a estas amenazas contra las vacunas y la calidad sanitaria de la población".

Según Hozbor, es muy importante tener en cuenta que la vacuna es un producto muy cuidado. Su instalación y validez en el calendario oficial involucra un periodo de aproximadamente 10 a 15 años de investigación y evaluación. Los científicos participan fuertemente en el hallazgo de potenciales candidatos vacunales, en su caracterización, en las etapas pre-clínica, evaluando su seguridad y capacidad inmunogénicas. Desde que la vacunación comenzó a practicarse, a fines del siglo XVIII, han existido oponentes, que entre otras cosas alegan que no funcionan, que son peligrosas y/o cuestionan que las políticas públicas de salud violan derechos individuales y religiosos. "Estos movimientos que se oponen a las vacunas y a la vacunación, siembran dudas en la población sobre los efectos benéficos de las vacunas a través de divulgación de información no contrastable, acientífica e irracional. Con ello logran que algunos individuos no se vacunen o dejen de vacunarse. Particularmente cobraron impulso a raíz de la publicación de un estudio que pretendía asociar la vacuna del sarampión como posible motivo del autismo (trastorno neurológico del desarrollo)".

En 1998, la revista *The Lancet* publicó dicho informe fraudulento que hizo que miles de padres de familia dejaran de vacunar a sus hijos por miedo a estas secuelas. El estudio publicado refería a un número muy reducido de niños: tan sólo una docena. Posteriormente a la publicación, se llevó a cabo una investigación que inició el Consejo Médico General del Reino Unido por mala praxis contra los autores, Wakefield y sus colegas. La misma comprobó que no sólo habían sometido durante la investigación a varios niños autistas a procedimientos médicos invasivos e innecesarios (como colonoscopías y punciones lumbares), sin la necesaria aprobación de un comité de ética, sino que, además, planeaban lanzar una empresa en respuesta a la alarma contra la vacuna triple viral, que lucraría con nuevos exámenes médicos y "análisis motivados por litigios". La distorsión de los datos presentados en aquel artículo y una docena de estudios con un número de individuos mayor muestran de manera concluyente que no hay ninguna asociación entre dicha vacuna y el autismo por lo que quedó desacreditado el artículo y el autor principal del mismo.

La OMS catalogó en 2019 a éstos grupos de radicales antivacunas como una de las principales amenazas a la salud mundial.

"Las consecuencias negativas en la sanidad de la población de las acciones de éstos movimientos lamentablemente han sido graves y se están evidenciando", sentenció Hozbor y remarcó por ello, la importancia en relación a la Ley de Vacunas sancionada en 2018 en Argentina. La misma reemplazó a la Ley 22.909 de 1983. "Hoy afortunadamente, contamos en Argentina con una nueva ley de vacunas. Es el Estado el que tiene la responsabilidad de mantener actualizado el calendario de vacunación y promover su efectivo cumplimiento. La ley declaró de interés nacional a todo lo que refiere a la vacunación, es decir a la investigación, vigilancia epidemiológica, toma de decisiones basadas en la evidencia, adquisición, almacenamiento, distribución y provisión de vacunas, asegurando su cadena de frío, como así también su producción. Quedan establecidas y renovadas las características de gratuidad en el acceso a los servicios de vacunación con equidad social para todas las etapas de la vida y la obligatoriedad de aplicarse las vacunas para todos los habitantes. Resta que la Ley se ponga en práctica y se cumpla", concluyó.

Los desarrollos exitosos en vacunas han continuado y así en los últimos años se han puesto a disposición varias vacunas importantes que salvan vidas. Entre ellas, la vacuna antineumocócica conjugada y la vacuna oral contra el rotavirus son especialmente importantes para reducir la mortalidad infantil. Para cuantificar el impacto de estas dos vacunas a modo de ejemplo solo basta recordar que, en el año 2008, sin estas vacunas, estas enfermedades produjeron más de 900.000 muertes en menores de 5 años. La disponibilidad de vacunas contra el VPH en el grupo de las niñas de 9 a 13 años provee la oportunidad única de reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello de útero en el mundo.

Serie: La mortal epidemia de cáncer de cuello de útero en Haití (Sexta parte)



"Nadie debe morir de esta enfermedad"

15 de noviembre de 2018 – Fuente: El Nuevo Herald (Estados Unidos)

En Estados Unidos, la incidencia de cáncer de cuello de útero ha disminuido durante los últimos 30 años porque los ginecólogos han podido identificar y tratar lesiones precancerosas, en lo fundamental sobre la base de la prueba citológica, antes que se desarrollen. La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), que se administra a jóvenes de los dos sexos antes que estén sexualmente activos para evitar las infecciones, está disponible desde 2006.

Pero en Haití esas medidas preventivas empiezan a aplicarse sólo ahora. Y eso significa que "Haití está entre los países con mayor incidencia y tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero", dijo Laia Bruni, epidemióloga y directora del Centro de Información sobre VPH del Instituto de Oncología de Catalunya, que sirve de centro de información sobre el cáncer de cuello de útero.

Casi todas las personas sexualmente activas quedan expuestas al VPH en algún momento de su vida. En muchos casos, el cuerpo elimina la infección en uno o dos años. Aunque la mayoría de los casos de cáncer de cuello de útero se deben al VPH, la mayoría de las personas que se infectan con el virus no llegan a padecer la enfermedad. Entre los hombres, el virus puede provocar cáncer de cabeza y cuello.

Si no se trata, una lesión precancerosa puede demorar hasta 10 años en convertirse en cáncer, si es que eso sucede.

"Es una epidemia prevenible", enfatizó el Dr. David Walmer, profesor adjunto de Salud en el Duke Global Health Institute, que se ha aliado con la organización médica sin fines de lucro Family Health Ministries que él creó para combatir el cáncer de cuello de útero en Haití. "Nadie debe morir de esta enfermedad".

Walmer dice que la alta incidencia de cáncer de cuello de útero en Haití tiene dos causas primarias: el sistema de salud del país y su cultura.

"No hay un esfuerzo nacional organizado para identificar y tratar las lesiones precancerosas", dijo. "También tiene una incidencia mayor en Haití porque es culturalmente aceptable la actividad sexual fuera del matrimonio, lo que aumenta las posibilidades de que los hombres transmitan el virus de una mujer a otra".



Después que varios médicos le dijeron que el cáncer de cuello de útero que padece estaba demasiado avanzado para operarla, Guerda Janvier (centro), 46 años, tiene la esperanza de que finalmente le puedan tratar la enfermedad.

Y eso no parece que vaya a cambiar. En septiembre, después de comprometerse a gastar más en los servicios médicos en el presupuesto de 2018-2019, el Parlamento acordó reducirlo en más de 50% a sólo 86,2 millones de dólares.

Eso significa que el Hospital General, donde sólo hay cuatro camas para quimioterapia, los pacientes tienen que pagar los medicamentos.

También significa que sin asistencia financiera del gobierno haitiano a beneficio de los pobres que ahora llegan a sus instalaciones, las organizaciones sin fines de lucro, las personas que las financian y los propios médicos tienen que racionar los servicios.



Un médico habla con Paula Paul mientras la hidratan antes de recibir la quimioterapia en el Hospital Universitario de Mirebalais, en la región central de Haití.

Pero parece haber tan poca voluntad política, que él y otros consideran muy necesaria, para invertir en el sistema de servicios médicos del país.

Según un informe de 2015 del Banco Mundial, Haití tiene más hospitales per cápita que algunos países africanos pobres pero gasta menos por habitante en servicios médicos que sus vecinos. República Dominicana gasta 180 dólares; Cuba 781 y la región latinoamericana y caribeña como un todo, 336. Por su parte, Haití gasta solamente 13 dólares por persona.

Un análisis reciente del presupuesto haitiano durante los últimos ocho años, realizado por Group Croissance, un grupo de estudios de Port-au-Prince, indicó que el gobierno haitiano gasta más en su Parlamento y el servicio de la deuda, en lo fundamental a Venezuela, que en los servicios médicos. El servicio de la deuda es el doble del presupuesto de salud pública.

預防麻疹 Prevention of Measles

接種含麻疹疫苗

Receive measles-containing vaccines



「香港兒童免疫接種計劃」為一歲及小一的兒童接種麻疹、流行性腮腺炎及德國麻疹混合疫苗

Under the Hong Kong Childhood Immunisation Programme, children are given Measles, Mumps and Rubella (MMR) vaccines at 1 year old and at Primary 1

接種疫苗後身體約需兩星期產生麻疹免疫力

Takes about two weeks after vaccination for development of immunity against measles



保持雙手清潔
Keep hands clean



咳嗽或打噴嚏時應用紙巾
掩蓋口鼻
Cover nose and mouth with
tissue paper when sneezing
or coughing



清潔和消毒常接觸的物件，
如傢俬和玩具
Clean and disinfect frequently
touched objects such as furniture
and toys



如出現麻疹病徵，應盡快求醫
Consult doctors promptly if develop
symptoms of measles

出疹後的4天內不應上班或上學，避免將疾病傳播

Refrain from work or school till 4 days from the appearance of
rash to prevent spread of the infection



Department of Health (Hong Kong)

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.